

Disabilità e "Frailty" in riabilitazione geriatrica: un quadro unico, un equilibrio instabile

di Bruno Bernardini

In un'epoca di contrazione delle risorse destinate alla sanità il settore riabilitativo dovrà presto maturare coscienza e metodi d'intervento efficaci ed efficienti anche sul paziente anziano e cronico, per evitare che l'etichetta di "cronico" già di per sé gli precluda l'accesso a prestazioni sanitarie qualificate. Già, ma che cosa vuol dire cronicità? Come già sottolineato in un editoriale su questa stessa rivista (1), il termine è ben lungi dal significare una condizione clinica omogenea, né tanto meno stazionaria.

Invece che di cronicità gli Autori americani parlano più appropriatamente di "frailty" (letteralmente, fragilità), ad identificare una condizione sindromica caratterizzata da grave disabilità, e causata dalla presenza simultanea ed interattiva di molteplici malattie (2). La disabilità è quindi condizione necessaria ma non sufficiente per parlare di "fragilità": essere disabili non significa invariabilmente essere fragili, mentre il contrario è quasi sempre vero. Così impostato lo studio della "frailty" è diventato il paradigma scientifico centrale della ricerca in geriatria.

Le basi fisiologiche della fragilità sono costituite da una ridotta efficacia dei meccanismi omeostatici di compenso. Uno stato di malnutrizione, il deterioramento mentale, l'incontinenza urinaria e la perdita di competenza motoria e relazionale ne costituiscono i "markers" clinici e comportamentali più rilevanti.

La "frailty", inoltre, è una condizione tipicamente a rischio di instabilità clinica: lo stress legato ad una malattia intercorrente o ad un evento sociale avverso, anche apparentemente banali, ha un'alta probabilità di essere amplificato fino ad esitare in uno scompenso plurisistemico e irreversibile.

Metaforicamente parlando, la "frailty" è il contesto (soprattutto biologico e comportamentale ma anche sociale) nel quale tipicamente si svolge il processo riabilitativo. Nell'anziano tale contesto non di rado è così compromesso da apparire come un vincolo insormontabile nel processo di recupero. I risultati apprezzabili ottenuti da molti ambienti di riabilitazione appaiono tuttavia incoraggianti ed inducono ad uno sforzo ulteriore per chiarire nel dettaglio le relazioni che intercorrono tra polipatologia, disabilità e recupero funzionale.

COMORBILITÀ E INSTABILITÀ CLINICA: LE DUE FACCE DELLA "FRAILTY"

Negli ultimi anni il mio gruppo si è interessato particolarmente allo studio di queste due importanti dimensioni della valutazione geriatrica. Il primo passo era quello di dotarsi di affidabili strumenti di misura.

LE MISURE

LA COMORBILITÀ

L'opportunità di lavorare con pazienti particolarmente compromessi, ormai "cronicizzati" per la medicina interna e la riabilitazione, ci ha favoriti nello sviluppo di strumenti originali di valutazione sia della gravità delle singole malattie (e per estensione della comorbilità nel suo complesso) sia dell'instabilità clinica. La valutazione della gravità di una malattia costituisce uno dei problemi ancora non risolti della geriatria. Poiché la maggior parte dei pa-

rametri fisiologici e morfologici usati in clinica non sono direttamente trasferibili nella pratica riabilitativa (es. la misura del volume di una lesione cerebrale, dell'estensione di un danno miocardico ecc.), abbiamo scelto un sistema classificativo basato sugli assi principali dei segni, dei sintomi e della limitazione funzionale, per giungere ad uno staging di gravità complessiva del paziente (3).

Questi assi creano uno spazio classificativo omogeneo (in cui può rientrare la singola patologia monosintomatica così come l'insieme di più sindromi), che permette di misurare la "gravità" dell'"essere malato" indipendentemente dalla prognosi, dal rischio biologico implicito alla condizione patologica e dalla sua suscettibilità alla terapia. Secondo questo schema, la malattia (intesa come "essere malato", non importa per quali e quante cause) è condizione tanto più grave quanto più si evidenzia con segni clinici e con sintomi, ed anche quanto più limita l'autonomia del paziente. La scala è riportata nella Tab. 1. Se per "malattia" intendiamo l'insieme delle condizioni morbose associate alla condizione di disabilità che causa il ricovero riabilitativo, con questa misura di "gravità" avremo automaticamente un "Indice di comorbilità" nel paziente in riabilitazione.

LE MALATTIE INTERCORRENTI

Una volta stabilito il peso della comorbilità, per così dire, "stabile" ci si trova a dover affrontare il dinamismo del quadro clinico funzionale del paziente. Le stesse difficoltà concettuali incontrate per la valutazione della gravità di una malattia si ripropongono anche per la valutazione della morbilità "imprevedibile", e che proprio per questo può aggravare irrimediabilmente il quadro clinico complessivo.

Tab. 1: SCALA DI GRAVITÀ DI MALATTIA (SGM)

0. **Ottima salute:**
Non sintomi, non segni, nessuna limitazione funzionale.
1. **Buona salute:**
Presenti solo segni, senza correlato sintomatologico (riferito spontaneamente o emergente dal colloquio).
2. **Salute disturbata, senza limitazioni funzionali:**
A. Il Pz. riferisce o lamenta sintomi coerenti coi segni rilevati, che disturbano l'attività quotidiana, senza limitazione funzionale.
B. Il Pz. riferisce o lamenta sintomi, senza correlato semeiologico coerente, che disturbano l'attività quotidiana, senza limitazioni funzionali.
3. **Moderata limitazione funzionale:**
Oltre alla presenza di sintomi e segni, il Pz riferisce o evidenzia una limitazione funzionale che interferisce con le I-ADL (deve compiere qualche modifica nei normali ruoli o compiti abituali).
4. **Grave limitazione funzionale:**
Oltre alla presenza di sintomi e segni, il Pz. presenta una limitazione funzionale che comporta la supervisione o l'assistenza di terzi per una o più B-ADL.

Nota: Al termine dell'anamnesi e dell'esame obiettivo, la gravità di ogni patologia rilevata viene studiata secondo la SGM. L'entità della comorbidità è data dalla somma della gravità di ogni singola malattia.

Abbiamo definito col termine di **Evento Clinico Avverso (ACE)** ogni variazione dello stato di salute del paziente suggestiva di una condizione morbosa acuta o subacuta (4). Una volta identificata l'insorgenza di un evento clinico avverso, attraverso un processo di revisione delle cartelle cliniche, abbiamo effettuato la stadiazione della sua gravità applicando una scala ordinale i cui livelli riflettono l'intensività dell'intervento terapeutico e del monitoraggio medico-infermieristico, e l'eventuale deficit funzionale residuo all'evento stesso (Tab. 2).

Il numero e la gravità degli

ACEs consentono dunque di costruire una epidemiologia quantitativa dell'"instabilità" clinica.

PATTERNS DI COMORBILITÀ ED INSTABILITÀ CLINICA NELLA RIABILITAZIONE IN ETÀ GERIATRICA

Abbiamo applicato le scale sopra descritte (5) a due gruppi di pazienti consecutivamente riabilitati per frattura di femore (N=83; età media 82 anni) ed emiplegia (N=72; età media 75 anni).

L'82% dei pazienti fratturati ed il 94% degli emiplegici pre-

sentava all'ingresso una comorbidità che si manifestava almeno con la presenza di segni e sintomi. Si trattava in generale di malattie età-associate e preesistenti all'evento acuto disabilitante, oppure di patologia terziaria da ipomobilità, oppure di condizioni iatrogeniche. Nei fratturati le co-patologie di più frequente riscontro coinvolgevano il sistema neurologico (principalmente decadimento mentale e parkinsonismi), il sistema urologico (catetere vescicale, uropatia ostruttiva, incontinenza urinaria) e vascolare (cardiomiopatia ischemica, vasculopatie periferiche). Negli emiplegici la comorbidità di più frequente riscontro consisteva in malattie cardiovascolari, urologiche ed osteoarticolari (poliartrrosi, pregresse fratture).

Non abbiamo riscontrato differenze nei profili di comorbidità tra fratturati ed emiplegici, a riprova del fatto che la principale disabilità si inserisce in un contesto sostanzialmente aspecifico di "frailty", tipico del paziente molto anziano.

La Fig. 1 riporta le variazioni della comorbidità ingresso/dimissione in tutti i pazienti, considerati come gruppo unico. Circa il 75% delle condizioni rilevate era di per sé in grado di determinare una disabilità in almeno una della attività della vita quotidiana. Se i nostri dati sono generalizzabili dobbiamo attenderci che un paziente su due, fra i ricoverati per riabilitazione in istituti geriatrici, sia portatore di una malattia concomitante capace di causare una limitazione funzionale moderata-grave, indipendentemente dalla disabilità cui è indirizzato il programma riabilitativo neuromotorio.

La comorbidità non rappresenta tuttavia una condizione immodificabile. I nostri dati dimostrano che il suo peso si può ridurre di molto con il trattamento.

Tab. 2: SCALA DI GRAVITÀ DEGLI ACE

- Classe A:** ACE che ha richiesto < 1 giorno di M-MI, senza IT, senza evidente DFR.
- Classe B:** ACE che ha richiesto IT e 1-7 giorni di M-MI, senza evidente DFR.
- Classe C:** ACE che ha richiesto IT e 8-21 giorni di M-MI, senza evidente DFR.
- Classe D:** ACE che ha causato DFR e richiesto IT, indipendentemente dalla durata del M-MI.

M-MI = Monitoraggio Medico-Infermieristico
IT = Intervento Terapeutico
DFR = Deficit Funzionale Residuo

L'instabilità clinica è stata elevata. Durante la degenza per riabilitazione (in media, 68 giorni per i fratturati e 95 per gli emiplegici) si sono verificati 669 ACEs. Soltanto il 6% dei pazienti ha avuto un decorso riabilitativo "lineare", senza alcun evento avverso. L'81% dei pazienti, invece, è andato incontro ad ACEs multipli. Il 6% degli ACEs ha causato un nuovo deficit funzionale.

Vastissimo è stato lo spettro delle diagnosi cliniche. Gli ACEs più frequenti e gravi sono stati quelli cardiovascolari (edema polmonare acuto, infarto del miocardio, aritmie acute, occlu-

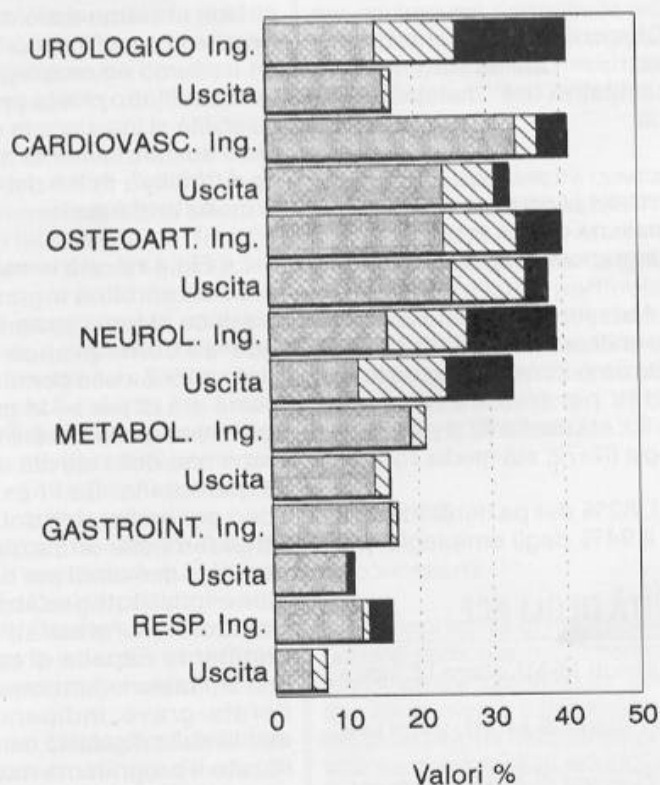
sione arteriosa acuta ecc.), neurologici (ictus, stati confusionali, crisi epilettiche) e muscoloscheletrici (mobilizzazione dei mezzi di sintesi, osteomielite ecc.). Vi sono stati anche numerosi ACEs di tipo metabolico, ematologico, dermatologico, ORL, iatrogenico, e anche non poche cadute.

L'andamento temporale degli ACEs è riportato nella Fig. 2. L'instabilità clinica (misurata soltanto in termini di numero di ACEs) è stata intensa entro le prime due settimane dal ricovero, per poi scemare, anche se si sono verificati eventi gravi in tempi successivi. Il 44% degli ACEs complessivi si esaurisce entro la terza set-

timana; l'80% entro l'ottava settimana. I pazienti con esiti di frattura di femore (specialmente se trattata con osteosintesi) hanno presentato un'instabilità maggiore rispetto agli emiplegici.

Abbiamo cercato anche di identificare le caratteristiche clinico-funzionali all'ingresso maggiormente predittive di instabilità clinica. La dipendenza funzionale ed il peso della comorbilità sono risultati i fattori più associati al verificarsi di ACEs durante la degenza. Questo significa che la disabilità funzionale e la comorbilità "catturano" bene, come indicatori, un fenomeno imprevedibile come l'instabilità clinica. Esiste perciò la possibi-

SISTEMA COINVOLTO



LF= Limitazione Funzionale

Fig. 1
Variazioni della comorbilità in pazienti in riabilitazione geriatrica (emiplegici, n=72; pregressa frattura femorale, n=83)

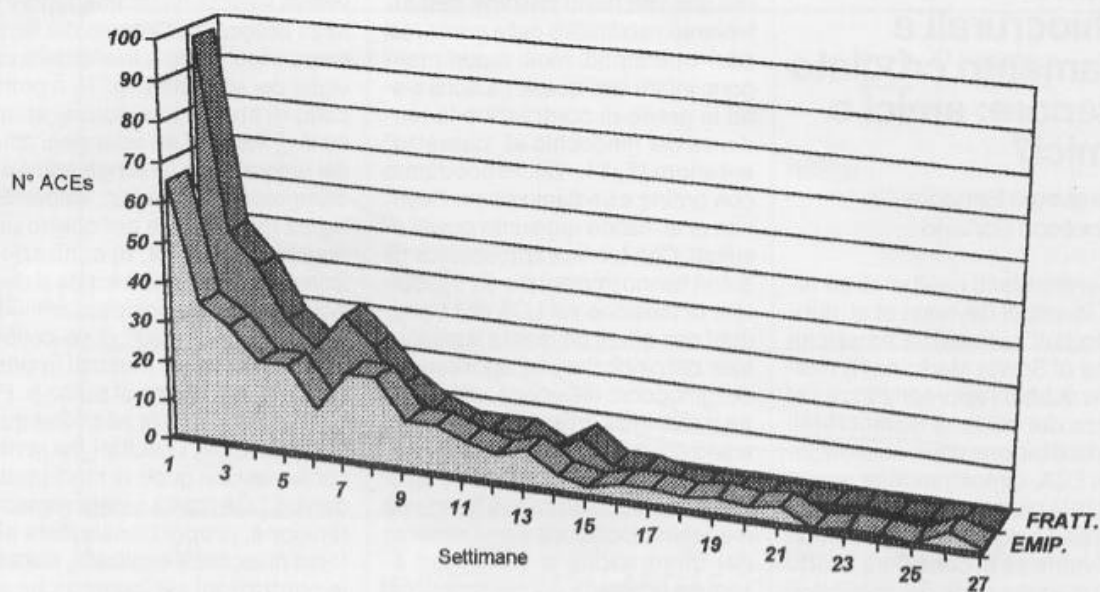


Fig. 2
 Profilo temporale degli eventi clinici avversi in un gruppo di pazienti emiplegici e con postumi di frattura femorale, ricoverati in istituto geriatrico.

lità di attribuire ad ogni nuovo paziente, sulla base delle caratteristiche suddette, una quota di rischio di instabilità clinica, e mettere così in atto le misure preventive necessarie.

LA "FRAILTY" COME PROCESSO DINAMICO

Possiamo ipotizzare l'esistenza di una sorta di circolo vizioso tra disabilità, comorbidità e instabilità clinica, nel senso che ognuna di queste condizioni costituisce fattore di rischio ed elemento moltiplicatore per le altre. Se dovessimo "pesare" prospetticamente il paziente riabilitativo "fra-

gile", converrebbe probabilmente sviluppare fattori che tengano conto dell'interazione fra disabilità, comorbidità e rischio di ACEs.

Anche in riabilitazione durante la fase di scempenso è necessario disporre delle stesse risorse e competenze diagnostico-terapeutiche previste per l'assistenza medica in fase post-acuta. Il che non significa che la tecnologia necessaria per gestire adeguatamente la maggior parte dei pazienti sia particolarmente costosa.

Il vero ostacolo potrebbe essere la separazione organizzativa (artificiosa, eppure prospettata in molti modelli gestionali) fra le tecniche riabilitative e le proce-

dure cliniche e di nursing assistenziale. Nella riabilitazione in età geriatrica, dove il paziente è quasi sempre "fragile", l'approccio terapeutico non può seguire una logica sequenziale (prima i problemi clinici poi quelli riabilitativi ed assistenziali) ma deve intervenire simultaneamente su disabilità e comorbidità, così come deve essere pronto a gestire eventuali ACEs, ed adeguarsi interattivamente al quadro clinico complessivo che ne consegue. La "tensione riabilitativa" non può limitarsi al solo momento dell'esercizio terapeutico in palestra, ma deve essere estesa ad ogni gesto clinico e di nursing infermieristico.

BIBLIOGRAFIA

1. TESIO L. Lungodegenza non è stabilità clinica. *Ric. Riabil.* 1994; 3:1-3
2. FRIED LP. *Frailty*. In: Hazzard WR (Ed). *Principles of geriatric medicine and gerontology* III Ed. McGraw Hill, New York; 1994; pp. 1149-1156.
3. BERNARDINI B, MEINECKE C, PAGANI M ET AL. *Comorbidity and adverse clinical events in the rehabilitation of older adults after hip fracture*. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43:894-898.
4. BERNARDINI B, MEINECKE C, ZACCARINI C ET AL. *Adverse clinical events in dependent long-term nursing home residents*. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41:105-111.
5. BERNARDINI B, MEINECKE C, PAGANI M ET AL. *Epidemiology of adverse clinical events (ACEs) as a dynamic measure of geriatric care management*. *Aging Clin Exp Res* 1995; 7(3): 191-193.